

厚生労働科学研究 研究費補助金  
社会保障国際協力推進研究事業

戦後日本の健康水準の改善経験を  
途上国保健医療システム強化に活用する方策に関する研究  
(H14-国際-001)

2002-04年度 総合研究報告書

主任研究者 中村 安秀

2005年 4月

## 目 次

I. 総括研究報告	
戦後日本の健康水準の改善経験を途上国保健医療システム強化に 活用する方策に関する研究	
中村安秀 .....	5
II. 総括座談会	
「戦後日本の経験を途上国に活かす」	
中村安秀、石川信克、佐藤 寛、坂本真理子、大石和代 .....	12
III. 分担研究報告	
1. 母子保健の経験を途上国に活用するための方策に関する研究	
中村安秀 .....	48
2. 結核の経験を途上国に活用するための方策に関する研究	
石川信克 .....	50
3. 戦後日本の農村開発を途上国に活用するための方策に関する研究	
佐藤 寛 .....	56
4. 助産師の経験を途上国に活用するための方策に関する研究	
大石 和代 .....	59
5. 保健婦の経験を途上国に活用するための方策に関する研究	
坂本 真理子 .....	62
6. 途上国保健医療システムにおける日本の経験の応用可能性に関する研究	
藤崎 智子 .....	74
IV. 資料	
1. Tuberculosis Control in Japan before 1980s - Historical overview and its applicability to developing countries - Nobukatsu Ishikawa, Keiko Osaki .....	76
2. 日本の結核対策の歴史から何が途上国に应用できるか—途上国の結核対策専門家達の 意見— 尾崎敬子、長松康子、石川信克 .....	83
3. 日本の戦後の結核対策の歴史のどこが途上国に伝えられるか—日本の結核対策国際協 力専門家へのアンケート調査— 尾崎敬子、石川信克 .....	91
4. 長崎県の開業助産婦個人史 大石和代 .....	98
5. 保健婦インタビュー結果のまとめ 坂本真理子、若杉里実、錦織正子、水谷 聖子 .....	119
6. Application of Wisdom Gained from Past Experiences of Public Health Nurses in Japan to International Cooperation. Mariko SAKAMOTO, Satomi WAKASUGI,	

Seiko MIZUTANI, Masako NISHIGORI .....	145
7. 日本の母子保健医療システムの途上国への応用可能性の検討：英文先行研究のレビュー	
— 後藤あや .....	159
8. Evidence and Politics: The role of epidemiologists in the verification of pollution in Japan. Emi Inaoka, Yasuhide Nakamura .....	167
9. Performance and motivation of Community Health Workers in Japan's Postwar Period: Decentralization and community support, Emi Inaoka, Yasuhide Nakamura .....	186
10. 日本のリハビリテーション（障害児・者ケア）の経験 山中 早苗、中村 安秀 .....	203
11. 戦後日本の小児保健—法律で子供を守った— 巷野悟郎 .....	221
12. 戦後日本の感染症対策—栄養、環境、予防接種— 南谷幹夫 .....	247
13. 戦後日本の新生児医療—三原則をおさえる— 馬場一雄 .....	266
 V. 研究成果の刊行に関する一覧表 .....	 285

## 1. 総括研究報告

### 戦後日本の健康水準の改善経験を 途上国保健医療システム強化に活用する方策に関する研究

総括研究者 中村安秀 大阪大学大学院人間科学研究科 教授

#### 研究要旨

本研究では、わが国における戦後の健康水準の改善経験を途上国保健医療システム強化に活用するために、生活改善運動などの農村開発、結核をはじめとする感染症対策、母子手帳などの母子保健対策を中心に、戦後における保健婦、助産婦の活動についても科学的な検討を加えた上で、途上国の立場からそれらの日本での経験の応用可能性を検討してきた。

3年間にわたり、全国各地で精力的に実施されたインタビュー調査結果などにより、戦後の日本の保健医療に関する重要な共通点が浮き彫りにされた。徹底した現場主義と自己裁量権、セクターを越えた協働、受益者からの Appreciation（賞賛や感謝）という評価軸、フィールドワーカーの人材確保、外部からのドナー機関のいない幸運などに整理された。

なお、本研究班の成果は、第19回日本国際保健医療学会ワークショップ「母子保健：日本の経験を国際協力に活かす」、第63回日本公衆衛生学会自由集会「公衆衛生に国境はない」においてまとまった形で発表された。

今後は、日本の経験を活かした国際協力プロジェクトの実施や、日本における研修システムの再構築など、本研究の成果を国際協力の現場で活かす工夫が望まれる。

#### 分担研究者氏名・所属機関及び所属機関における職名

中村安秀（大阪大学大学院人間科学研究科・教授）

石川信克（結核予防会結核研究所・副所長）

佐藤寛（アジア経済研究所経済協力研究部・主任研究員）

大石和代（長崎大学医学部保健学科・教授）

坂本真理子（愛知医科大学看護学部・講師）

藤崎智子（Health and Development Service (HANDS)・事務局長）

乳幼児死亡率の減少など保健医療指標の改善を経験したわが国の保健医療システムに学びたいという非常に強い期待が寄せられている。しかし、途上国では、文化、宗教、経済状況、交通手段、教育レベル、居住環境などの保健医療を取り巻く環境がわが国と大きく異なり、医師などの保健医療従事者の不足、医療施設や器具の貧弱さなど保健医療面での種々の問題を抱えており、日本の経験がそのまま現地で応用できるわけではない。日本の保健医療システムが発展してきた軌跡を科学的に分析することによりはじめて、国外でも援用できる普遍性をもつことが可能になる。

#### A. 研究目的

途上国からは第二次世界大戦後の急激な

本研究では、わが国における戦後の健康水準の改善経験を途上国保健医療システム強化に活用するために、生活改善運動などの農村開発、結核をはじめとする感染症対策、母子手帳などの母子保健対策を中心に、戦後における保健婦、助産婦の活動についても科学的な検討を加えた上で、途上国の立場からそれらの日本での経験の応用可能性を検討する。

都市化と高齢化という戦後のわが国がたどってきた少子高齢化社会における保健医療問題はアジアではすでに現実の課題となっており、日本のたどってきた保健医療指標の改善の道筋を科学的に分析し途上国や国際機関に発信する意義は大きい。また、21世紀の地域保健医療の推進において、保健婦や助産婦の新たな役割が模索されているが、戦後の保健医療分野での成果を歴史科学的に分析することにより、わが国の今後の保健医療改革の斬新なアイデアや指針が生じることが期待される。

## B. 研究方法

昨年度の研究成果をより一層深めることを主たる目的として、本年度は、個別テーマごとに、精力的なインタビュー調査を実施するとともに、分担研究者が合同で議論を交わす会合を重ね、最終的には、座談会の形で、戦後の日本の保健医療経験をどのように途上国のシステム強化に活かすのかという点について有益な議論をまとめた。

(倫理面への配慮)

今回の研究調査は、戦後の健康水準の改善経験を途上国保健医療システム強化に活用する方策に関する検討であり、直接研究の

対象となるのは日本の保健医療関係者や途上国政府、国際機関などである。また、インタビュー調査などを行う際には、日本の保健医療関係者については合意を得てから実施し、相手国や国際機関に対しては必要に応じて文書による了解を取ってから行うので、倫理上問題になることはないと思われる。

## C. 研究結果

中村は、小児医療の先達へのインタビュー調査を通じて、戦後の日本人が何を考え、何をしてきたのかという個別の課題について検討を行った。また、同時に、障害児ケアと公害に焦点を当て、戦後日本の軌跡から引き出される教訓について考察を行った。

石川は、これまでの成果を、途上国の公衆衛生・結核対策従事者に紹介しフィードバックを得るとともに、途上国へ結核対策の国際協力に携わっている日本人専門家達の現場での経験にもとづく意見と照合、内容を再検討し、以下が役立つものとしてまとめた。①国家的取り組みの姿勢・コミットメント（結核対策を法制化したこと、国に保健システム構築の中に位置づけこと、長期に総合的に取り組んできたこと）、②保健所における一般保健サービスとの統合（一般開業医・医療機関との協力・調整）、③登録、患者管理等の保健所の機能と結核診査会の役割、④医療・保健従事者の研修、⑤住民参加・民間運動の奨励、⑥その他、現場の工夫・試行の奨励やボトムアップの体制、⑦専門機関（結核研究所等）の育成と活用。これらは、日本における国際研修事業や国際協力の現場で積極的に活用する意義が大きいと考えられる。国家的なコミ

ットメントや保健サービスへの統合などは、結核行政担当者の権限を越えるもので、より上位の行政官や政治家への発信が重要である。

佐藤は、特に昨年度の研究の中から浮かび上がってきた「評価 (evaluation)」と「賞賛 (appreciation)」の対比という問題については、さらに掘り下げた検討を行った。数値目標で示される短期間での実績主義ではなく、長期的に「受益者」から「感謝」(Appreciate) されることが重要な評価軸であった、という指摘はセクターを越えて、かなりの程度妥当する原理であったことが明らかになりつつある。公務員たる保健婦、生活改良普及員などの高い職業倫理は、ややもすると「日本の特殊性」として特別扱いされ、途上国には移転不可能とされる。しかし、当時の日本には対象者から実際に感謝されることで「達成感」という報償を得るシステム、常に対象住民からの注視があることで「義務感」という倫理を維持させられるシステムがあった、と考えることは出来ないだろうか。だとすれば公務員の「献身的態度」は単に日本的な文化的特質によるものではなく、制度的な要因によって維持されていた、と考えることが出来る。そうであれば、このような制度を現地の状況に適合的な形で作り上げることで、援助プロジェクトにおいても「公務員の倫理」や「末端公務員と住民のシナジー関係」を構築することが出来る可能性が秘められているのではないだろうか。

大石は、平成 14・15 年度に長崎県内に在住する元開業助産婦 22 名への聞き取り調査を実施し、聞き取り調査終了後に内容の分析をした。元開業助産婦は、助産婦免許取得

後、出身地にもどり、「見習い」「研修」「修行」という形で助産所や医院に 2 年程度勤務していた。この期間は新米助産婦が熟練した先輩助産婦や医師から指導・助言を受けて自らの助産の実践能力を高めるだけでなく、新人助産婦が地域の現状を把握し、地域住民および助産師仲間・医師との間に信頼関係をつくる期間でもあった。「見習い」「研修」「修行」を経験した後、開業助産婦として地域で活動を開始し、妊娠・出産・育児と一人の女性に継続的にかかわった。また、開業後は職能団体に加入し、研修等に積極的に参加して助産技術の保持・向上に努めていた。助産婦に認められている自由裁量権が開業助産婦の主体的な活動を促進させ、強い責任感を抱かせ、生涯にわたる自己研鑽につながっていた。

これらの元開業助産婦の経験は熟練助産者の育成、熟練助産者の助産技術を保持・向上させるための支援、妊娠・出産・育児を通しての継続ケアの実施等、途上国保健医療システム強化への活用の可能性が示唆された。

坂本は、戦前・戦後、我が国の農村僻地において活動を行っていた退職保健婦にインタビュー調査を行い、途上国に活用できる保健婦の経験についての考察を進めた。平成 16 年度では、当時の保健婦育成に係る養成機関や現任教育についての情報や組織的なサポート体制についての情報収集を強化したことが、途上国への活用に具体的な示唆につながった。戦前・戦後初期における保健婦養成には大きな格差が見られ、インタビュー協力者の教育背景の多様さがそれを物語っていた。戦後、人材が不足していた農村・僻地において、専門的な保健・医療

の知識をもつ保健婦は尊重されていた。地域からの期待をうけ、保健婦たちも熱意をもって昼夜を問わず、生活相談全般に応えていった。結果として全責任を任され、個々の保健婦の自由な発想で住民の生活ニーズに沿った活動を実施できた側面もあったと考えられる。保健婦活動は、応急手当や助産といった緊急な保健課題への個別対応から始まり、コミュニティへ頻繁に足を運び、保健婦の存在を知らせること、保健婦自身が住民の生活を知ること、住民の信頼を得る等のプロセスを通じて、組織的な活動に変化していった。保健婦達は、活動を通してコミュニティ内外の人的・組織的な資源をよく把握し活用していた。また、保健婦活動を支える組織的な支援として保健所の存在があり、定期的な研修会の開催により異なる地域で働く保健婦たちの学習や情報交換のよき機会となり、情報の伝達システムとしては非常にすぐれたものがあったと考えられた。

藤崎は、「第4回国際母子健康手帳シンポジウム」に参加した各国の保健医療関係者に open-ended interview を行い、戦後の健康水準の改善経験を途上国保健医療システム強化に活用する方策について検討した。母子健康手帳という一つのツールを使い、核となる内容やコンセプトは各国共通であった。しかし、母子健康手帳の目的、費用負担（無料あるいは有料）、配布方法や配布場所、手帳の大きさや重さ、などは、それぞれの国で工夫されていた。日本の母子健康手帳からヒントを得たというコメントは多く聞かれたが、実は、各国の母子保健専門家たちは換骨奪胎して、全く新しい母子健康手帳を作っていたのであった。

#### D. 考察

戦後の日本の保健医療に関する重要な共通点として、以下のような要因が浮き彫りにされた。

1) 徹底した現場主義と自己裁量権：生活改良普及員、保健師などは、健康教育、保健改善、生活改善のためにとにかく現場に行くことが奨励されていて、専門職が自宅を訪問するという out-reach 活動が重視されていた。時間をかけて、現状を把握することに重点が置かれていた。また、フィールドワーカーは個々の事例に対して何をするのか、どのように実施するのかについては、現場で自分の裁量でベストの選択をすることができた。マニュアル化されていない部分で、自分の技術力を高めながら、自分が考えたこととコミュニティのニーズが一致するという創造的な仕事をしていた。

2) セクターを越えた協働：当時、厚生省、文部省、農林省という縦割りの官僚機構があり、縦割りの施策が行われていたが、コミュニティ・レベルでは、助産師、保健師、栄養士、生活改良普及員、教員というセクターを越えた協働作業が成立していた。一つの職種だけでは解決できないような生活上の課題が山積していたことも、自然な流れとして、このようなインフォーマルな形式での情報交換と横のつながりというネットワークの構築につながったのであろう。

3) 受益者からの Appreciation（賞賛や感謝）という評価軸：数値による評価以外の評価軸、すなわちコミュニティからの評価軸が日本にはあった。受益者から賞賛や感謝をもらうことが最高の評価であり、またそれが動機づけになっていたという評価の

システムであった。受益者自身が評価軸を持つことが一番強いし、持続性を持つのだということをフィールドワーカーの人たちが体感していた。

4) 外部からのドナー機関のいない幸運：ドナーがいなかったことで優秀な人材が引き抜かれることはなくて、すべて日本のシステムの中にとどまった。また、戦後保健医療の中で結核と母子保健だけに「選択と集中」することができた。

5) フロントライン・ワーカーの経済的自立：ヘルスワーカーの経済的な自立性は高かった。フィールドの中で働いている助産師や保健師というプロフェッショナルがキーパーソンであり、生活できるだけの収入源は確保されていた。

6) 既存のシステムの最大限の活用：既存のシステムを最大限に活用していた。例えば、研修予算が乏しいため、手当の支給、規則や施策の伝達、技術的研修などをまとめて同時に行った。既存システムの活用により、最小限の投入で大きな効果をあげることができた。

7) 巧みなアドボカシーの方法論：住民に働きかけて政治家を動かす、地域外の大学や研究機関協力してデータを収集する、現場の工夫や試行の発表会をもつなど、活動を広めるためのチャンネルをもっていた。

今後の課題としては、日本の公衆衛生の歴史の中での現場主義をどう国際協力に活かすのかという点が上げられた。現場で try and error をして、いいものポトムアップの形で吸い上げていくような、広い意味でのオペレーショナルリサーチのシステムである。もうひとつの課題は、synergy (協働)

である。縦の synergy というのは、何をやるかが初めから決まっているのではなくて、住民と行政官が相手の出方を見て自分が何をどれだけするかを決められる。それを見て、また相手が次の手を出してくる。そういう synergy 関係を最大限活用していた。だから、目標値が初めにあったわけではなく、appreciation で評価することができた。もう1つは横の synergy、つまり同業者同士の情報交換である。また、今ないものを外から持ってくることによって進歩しようとする開発アプローチではなく、今あるものを使ってどうにかしようという改善アプローチも日本の特徴であるといえる。

#### E. 結論

本研究班の成果の一部は、第19回日本国際保健医療学会ワークショップ「母子保健：日本の経験を国際協力に活かす」において、発表された。「日本の母子保健の光と影」(中村安秀)、「日本の家族計画の経過から学ぶ：経口避妊薬の認可と計画外妊娠を例に」(後藤あや)、「1冊の手帳が意識を変える：母子健康手帳」(當山紀子)、「セアラと熊野：人間的出産がつなぐもの」(三砂ちづる)、「お金、健康、子ども：生活改良普及員の活動」

また、第63回日本公衆衛生学会自由集会「公衆衛生に国境はない」テーマ「世界で活躍する保健師、助産師の活動はどのようにして始まったの？」において、大石和代(長崎大学医学部保健学科)、坂本真理子(愛知医科大学看護学部)が本研究班の成果を発表した。このように、学会が本研究班の成果をシンポジウムなどの形で提供するようになったことは、本研究班の影響に



よる大きな社会的インパクトであった。

今後は、日本の経験を活かした国際協力プロジェクトの実施や、日本における研修システムの再構築など、本研究の成果を国際協力の現場で活かす工夫が望まれる。

## F. 健康危険情報

とくになし

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

- 1) 中尾優子、門司和彦、大石和代、松尾奈美子、Mahmudur PAHMAN、Meejady Sabrina FLORA、後藤利江. バングラデシュ・ダムライ郡の分娩・授乳状況—妊婦、乳幼児をもつ母親、伝統的産婆、地域家族福祉補助員、看護師への集団面接結果—。日本民族衛生、第70巻第3号、112-122P、2004.
- 2) 佐藤寛. 援助におけるエンパワーメント概念の含意. 佐藤寛編『援助とエンパワーメント』アジア経済研究所 2005 pp.3-24
- 3) 池野雅文. 開発援助における社会的準備とエンパワーメント. 佐藤寛編『援助とエンパワーメント』アジア経済研究所 2005 pp.105-130
- 4) 佐藤寛. 連載「途上国ニッポンの知恵」国際協力機構『クロスロード』  
2004年4月号「キッチンカー」  
2004年5月号「初めての簡易水道」  
2004年6月号「ニワトリと卵」  
2004年7月号「献身的な検診」  
2004年8月号「味噌革命」  
2004年9月号「ペッサリーと愛の小箱」  
2004年10月号「ワラ布団と布団皮」  
2004年11月号「外堀を埋める」

2004年12月号「ムリ・ムダ・ムラのない生活」

2005年1月号「洗濯という選択」

2005年2月号「開拓の時代」

2005年3月号「蚊とハエをなくす運動」

### 2. 学会発表

- 1) 中村安秀. 「日本の母子保健の光と影」, 第19回日本国際保健医療学会ワークショップ(東京) 2004年10月
- 2) 後藤あや. 「日本の家族計画の経過から学ぶ: 経口避妊薬の認可と計画外妊娠を例に」, 第19回日本国際保健医療学会ワークショップ(東京) 2004年10月
- 3) 當山紀子. 「1冊の手帳が意識を変える: 母子健康手帳」, 第19回日本国際保健医療学会ワークショップ(東京) 2004年10月
- 4) 當山紀子、中村安秀. 自由集会「公衆衛生に国境はない」, 第63回日本公衆衛生学会(島根) 2004年10月
- 5) Nakamura Y. Maternal and Child Health Handbook Program in JAPAN. JICA Training course for Africa, Aichi, Oct. 2004
- 6) 中村安秀、後藤あや、當山紀子、佐藤寛. ワorkshop「母子保健: 日本の経験を国際協力に活かす」, 第19回日本国際保健医療学会(東京) 2004年10月
- 7) 大石和代、坂本真理子、當山紀子. 自由集会「公衆衛生に国境はない」, 第63回日本公衆衛生学会(島根) 2004年10月
- 8) 坂本真理子、若杉里実、水谷聖子、小塩泰代、錦織正子: 戦後保健婦の経験を発展途上国に活用するための方策に関する研究(その1) —文献検討を通じて、日本地域

看護学会第7回学術集会、2004年6月。

9) 若杉里実、坂本真理子、小塩泰代、水谷聖子、錦織正子：戦後保健婦の経験を発展途上国に活用するための方策に関する研究（その2）－インタビュー調査を通じて。日本地域看護学会第7回学術集会、2004年6月。

10) Public Health Nurses' Experiences and Involvement in Cooperative Community Activities in Post WW II Japan : Mariko Sakamoto, Satomi Wakasugi, Seiko Mizutani and Masako Nishigori. The 3rd International Conference on Community Health Nursing Research , Sep 2005 (予定)

11) 佐藤寛. 村人の健康改善と生活改善運動. 日本国際保健医療学会 ワークショップ (JICA 国総研) 2004年10月10日

12) 佐藤寛. 戦後日本農村における近代的生活の咀嚼過程. 国際政治学会 (淡路夢舞台) 2004年10月15日

13) SATO Kan Hiroshi . Rural Development in Asia: Synergy between Rural Community and Local Administrations , GDN Conference at Dakar Senegal, 2005年1月25日

H. 知的財産権の出願・登録状況  
該当せず

## II. 総括座談会

### 「戦後日本の経験を途上国に活かす」

中村安秀、石川信克、佐藤 寛、坂本真理子、大石和代

日時：2005年2月21日（月）

場所：東京大学医学部図書館3階

記録者：高橋謙造、當山紀子

#### <研究の意義>

中村 今回私たちは厚生労働科学研究費補助金社会保障国際協力推進研究事業として、「戦後日本の健康水準の改善経験を途上国保健医療システム強化に活用する方策に関する研究」として3年間の研究班を行ってきました。今日はその成果をまず座談会という形で分担研究者の方々と話し合っていきたいと思っています。

私たちの研究の目的は、第二次世界大戦後日本の急激な乳幼児死亡率の減少など日本の保健医療指標が改善したというそういう日本の経験に学びたいという強い期待が途上国から寄せられている。でも、途上国では文化や宗教や教育や経済状況やいろいろな保健医療を取り巻く環境が日本と随分違っている。そういう中で、日本の経験がそのまま現地で応用できるわけではない。そのときに、日本の保健医療がどのように発展してきたのか、その発展してきた要因は何なのかということを経験的に分析して普遍化することによって、日本の国内でも、そして国外でも使える、普遍性を持つ何かエッセンスができるのではないか。そういうことを考えて研究班を始めたような気がします。

この研究班では、戦後の健康水準の改善経験を途上国のシステム強化に活用するために、生活改善運動など農村開発とか、結核を初めとする感染症対策とか、母子手帳とかをはじめとする母子保健対策とか、戦後における保健婦、助産婦の活動について検討を加えてきたと思います。

現在、途上国ではちょうど日本の戦後がたどってきた少子高齢化社会、貧しい社会から急激に少子高齢化社会へ移っていったその日本の軌跡と同じようなことが程度の差はあれ、いろいろな国で今起こっている。そういう中では、日本のこの戦後の道筋というものをきちんと検証することが国際協力にも役に立つし、そしてそういう経験を日本が国際的に世界に向けて発信することが、日本が世界の健康を改善していくいろいろな努力に貢献できる1つの道筋ではないかと考えています。

#### <研究テーマと研究内容>

中村 そういう経緯で始まった研究班ですが、初めにここで今日の座談会の方々にお1人ずつ簡単に自己紹介、今までどういう経験をなさっていたのか、研究テーマ、この研究班でどのようなことをしたのかを簡単に1人ずつ自己紹介を兼ねてまとめていただけたらと思います。そうしたら、石川先生、よろしくをお願いします。

石川 私は戦後日本にも結核があり、公衆衛生の一番大きな問題の1つだったわけですが、その後急激に戦後減らしたという日本の歴史の中から、それがどのようにして行われ、あるいはどのようなかわりがなされたのかということ、その中がどのようにこれから途上国に役に立つメッセージが引き出せるかということ、結核対策の戦後の歴史を勉強しています。

今までは日本の結核対策にかかわった人たち、主に保健師さんやお医者さんを中心にどのようにやってきたかというやり方を中心に、事実をいろいろ聞いたりしながら、その中から特色のあることをたどってきたのですが、最後の年度は2つのことを取り組んで、これを今まとめています。

1つは、途上国の人たちに研修をやっているその途上国の人たち、特に途上国から研修に来て、結核対策を勉強に来ている人たち、その人たちに私たちは実は世界的な共通な結核対策というものを教えているので、日本のことを特に教えてはいないのですが、一部日本も見ると。今の日本がやっていることは余りにもすぐには途上国に役に立たないという判断から、世界どこでも通用するようなDOTSという方式を中心に、世界語として教えているわけです。その人たちに少し詳しく日本の歴史を話して、その中から日本の「何をあなたたちは関心がありますか」というそういうことを聞いて、そのワークショップをやったのですね。意外と皆さん関心があって、「ああ、もっと日本のことを教えればよかった」と思っているのですが、従来は余りやってこなかったのですけれども、そのことを少しまとめています。

それから、もう1つは、結核対策の医療協力にかかわっている日本の専門家たち、主に医者さんですが、保健婦さんなども含めて20人ぐらいにインタビューをして、あるいはアンケートを出して、「日本の経験がどの程度途上国に役に立つと思いますか」ということを聞いているのですね。それはおもしろい結果がいろいろと返ってきていますが、両方を合わせて、こういうことがもっと伝えられるのではないかとこのものがまとめられればなと思って、今日も話の中でもう少しまとまってくると思います。

中村 どうもありがとうございました。そうしたら、続いて、佐藤さん。

佐藤 アジア経済研究所の佐藤です。私は保健医療の専門家では全くありませんで、社会学をやってきました。今まで途上国に対する社会開発援助のインパクトを中心に調査してきたのですけれども、今回この研究班に入れていただいたのは、戦後の日本の健康水準の改善というものがどれほど非保健セクターの貢献によって支えられてきたのか、もちろん保健セクターがいろいろやったのは確かなのだけれども、これだけ成功したのは実は非保健セクターの役割が大きかったのではないかとこのことを指摘するためだと思っています。

それは単に保健所が住民組織を活用するとかという保健セクター中心の考え方ではなくて、むしろ農村なら農村で起こっていた生活改善運動全体の中で保健もその1つであった、そういう視点を提示してみたいなと思っています。この研究班で過去3年間調査して、当時の生活改良普及員さんたち、今80歳、90歳のおばあさんたちにお話を伺い、それからその当時のグループの人たちにお話を伺ってきました。保健セクターとのかかわりと言えば、栄養改善とかそれから環境改善、蚊とハエをなくす運動、そういうところに関与した人たちにもお話を伺ってきましたし、特に北海道と沖縄では北海道の開拓保健婦さん、それから沖縄の公衆衛生看護婦さんという方々にフォーカスを当てて、生活改善とのつながりというものを調べてきました。

中村 どうもありがとうございました。続いて大石さん。

大石 長崎大学の長崎です。私は助産師です。助産師として病院で働いて、今は助産師教育をしています。長崎県は皆様御存じのように非常に離島が多い県です。これまで教育の中で、元開業助産婦の方々に当時の助産婦活動についてお話を聞いてきました。その中で、「非常に医療資源に乏しい離島で、医療関係者は自分一人というところで母子保健にかかわってきた」というような活動の実態を知り、その方たちは例えば何か勲章をもらうとかそういう方ではないのですけれども、そういう方の人生というか仕事について調べてみたいなと思ったのが、この研究に興味を持った動機です。

今回のこの研究班では、元開業助産婦の方々に聞き取り調査を行い、日本の戦後の開業助産婦の経験について調べさせていただいております。

中村 では、坂本さん。

坂本 愛知医科大学看護学部の坂本といいます。もともとは保健師で、名古屋市の保健師として働いていました。随分前になりますけれども、昭和62年に青年海外協力隊でマレーシアのボルネオ島というところに村落開発の中の公衆衛生部門ということで派遣されていました。戻ってからまた保健師に戻って、現在は教育の世界にいますけれども、私が歴史研究に興味を持った経過というのは、本当に私的なのですけれども、協力隊から戻ってきて、大先輩たちの話を聞くと、妙におもしろいということに気づいたのですね。協力隊に行く前はそうでもなかった。余り興味、関心がなかったというか、考えもしなかったのですけれども、そういう途上国での経験を踏まえて、あと例えば60代、70代の方の話を聞くと、本当に聞き入ってしまうようなそういう体験もしています。

いつかはライフワークとしてそういうお話を聞いていけたらいいなとは思っていたのですが、中村先生に研究に誘っていただいて、ライフワークというよりも、もう少し早く取り組むことになったのです。今回の研究班では、保健師の経験を途上国に活用することを目的に、退職された保健師さんを全国探しまして、お話を聞いて、伺って、どのような状況があって、そこに対してどのように考えて、どのような活動をなされたのかということインタビューしました。ここにこういう方がいらっしゃると聞いていて、一生懸命たどっていても、ご病気だったりして、チャンスを逃したこともあったのです。

けれども、いろいろな資料も提供していただいて大変興味深い結果を得られたと思います。

中村 どうもありがとうございました。私のほうも自己紹介するのを忘れていましたが、大阪大学の中村安秀です。もともとは小児科医で、1986年から88年まで2年3か月、インドネシアの村で母子保健活動をしていました。任期の最後になって帰国前に、インドネシアの人から日本の母子保健の歴史についてきちんとした講義をしてほしいと言われました。講義の準備をするのにいろいろな文献を探したのですが、なかなかまとまったものが当時は全然なくて、自分でいろいろな日本の統計を引っ張り出して、手づくりの「日本の母子保健の歴史」というものをつくったのが最初です。そのときに、途上国の人たちが聞きたいのは、現在の日本の姿ではなく日本が戦後たどってきた歴史なのだ、その中で何がうまくいった何が失敗したのかということをしつこく教えてほしいのだ、と痛感しました。日本の保健医療の歴史に、これほど関心があるのだということを感じました。それ以降随分時間がたったのですが、この研究班でそういう仕事をできる機会ができたことをとてもうれしく思っています。

今は個人的には母子健康手帳というものは非常に有意義なツールではないかと思っています。2004年の12月にタイのバンコクで第4回国際母子健康手帳シンポジウムを行ったのですが、世界13か国ぐらいから100人以上の人が来てくれて、母子健康手帳についていろいろなディスカッションをしました。そのときに思ったことは、日本の母子健康手帳がいいという意味ではなくて、母子健康手帳というコンセプトがいいのですね。それをどう使うかは各国によって随分違う。字が読めない方が多いところでは絵を中心にしたポスターみたいな母子健康手帳になっているところもあるし、あるいは先進国では今度もっと分厚くて重量もあって、親から子供への贈り物だというふうなものにしっかりした厚手の母子健康手帳もできている。そういう意味で言うと、日本の経験というものは途上国だけではなくて、実は先進国にもいろいろな意味で使えるようなエッセンスがいっぱいたまっているのではないかなとそういうことを今考えています。

### <徹底した現場主義と自己裁量権>

中村 では、一応自己紹介が済んだところで、おのおのの研究テーマについてはいろいろな論文や研究レポートで報告なさると思うので、今日はmultidisciplinary(学際的)な、いろいろなバックグラウンドを持った方々の座談会として、この研究班でいろいろな議論の末に出てきたテーマに沿って議論を進めていきたいと思っています。

最初は、この戦後の日本の経験を国際協力に活用する、あるいは戦後の日本の経験を振り返ったときに、非常に特徴的だったことは徹底した現場主義と自己裁量権だったのではないだろうかということがありました。要するに、健康教育や保健改善あるいは生活改善のためとにかく現場に行くということが奨励されていて、専門職が自宅を訪問するというアウトリーチ活動が重視されていた。また、フィールドワーカーは個々の事例に対して何をするのかとか何をしないのか、そういうどのように実施するのかということについて

は現場で自分の裁量でベストの選択をすることができた。こういうものが特徴ではないかという気がしたのですが、このあたりのことで何かどなたでも発言をお願いします。

佐藤 では非保健セクターからなのですが、農林省の生活改良普及員さんという人たち、これは昭和 23 年に制度ができて、24 年から実際に現場に配置されるのですが、彼女たちは普及所に配置されるわけですね。普及所というのは農村部では大体保健所と同じ単位にありまして、幾つかの村や町を担当したわけですがけれども、彼女たちが徹底的にやったことはまず現状把握ということなのですね。現状を把握しないことには活動は始まらない。それには「1 年ぐらいはかかるわよ」というわけですね。村に入るなら、村長さんなり役場の経済課の人に話を聞く。そういうことをしてからでないと活動はできないという話なのです。実は保健婦さんにも同じことを聞いたのですね。現状把握をしないと活動はできない。つまり農林省と厚生省というのは全然違うセクターなのに、末端の人が言っていることは全く同じ。恐らくそういうふうに普及所や保健所で指導されたからだと思うのですけれども、日本の行政にはそういうカルチャーがあったということが私としては非常に大きな発見でした。あと、自由裁量権に関して言えば、生活改良普及員のほうは本当に何をしたいかわからない、新しい制度だったので何でもできた。だから、ときには栄養士さんの領分にも侵すし、あるいは保健婦の領分も侵すということがあったのですけれども、それが敵対というよりもむしろ周りの栄養士さん、保健師さんもそれを利用したというところがあるのは非常におもしろいと思っています。

坂本 今佐藤さんのほうから生活改良普及員さんの話が出たのですけれども、戦後特に農村僻地における保健師の活動は状況がさまざまでした。やはり人材不足の折、どこの地域も保健師が得られるというわけではなかったと思うし、活動拠点というものもさまざまだったと思うのですね。ある村では役場のところに 1 つ机を借りたりとか、民家の 1 室を借りたりとか本当にいろいろあったと思うのですね。だから、私が思ったのは、もちろん現場に行かなければいけないという教育もあったかもしれないのですが、自分のいる場所に人が来るというよりも、むしろ自分たちの存在がまだ住民に知られていなくて、行くしかなかったのではないかなという感じもあるのです。とりあえず何から手をつけたらいいかわからないので行くというのは先ほどの生改さんの話とすごく似ていて、まずは行って台帳づくりから始めるという話がよく出てきましたね。

石川 結核の場合、時代で多少違いますが、要するに医療施設が不十分で、とにかく地域で治療したり、あるいはきちんと最後まで治療する長期の服薬が必要だ。それから、地域に実際直接病人の看護、そこに喀血している人をどうやって看護するかというまさにそのものですね。そういういろいろなニーズがあって、だから病気ならすぐ入院させてしまえば地域がやることはないわけですがけれども、実際は地域にいっぱい患者がいたから、そうやらざるを得ない。そういう意味では、保健婦さんたちが現場へ行って、その患者個々の看護もするし服薬も管理もするというそういう直接的なニーズがあったと思うのですね。そうやりながら、感染症なので家族の検診をする、あるいは地域にほかにも病気の人がい

ないかということを見るという。そういう地域全体を1人の患者を通して見るという、そういう意味での働きがどうしても必要だったということがありますね。

中村 現場を行って把握するときに、先ほど佐藤さんも言っていたけれども、1年ぐらいかかるようなかなり長い時間をかけて見ませんと。

佐藤 かけていると思いますね。やはり信頼を得るというプロセスが恐らく一番大切にされていた。自分が情報を得るだけではなくて、相手が自分が認知してくれるためにも時間が必要です。先ほど坂本さん言ったことなのだけれども、生活改良普及員さんというのはそれまでそんな職業はなかったわけなので、実際に自分で村に行くしかないわけですよ。認知してもらうにはやはり1年かかるという。青年海外協力隊が途上国に行くと、その国や地域の役にたつのに、1年ぐらいかけて信頼つくとか、人類学者がフィールド研究するときもラポールをつくるのに1年かかるということと同じようなことを彼女たちは肌で感じていたのだということがおもしろいと思います。

坂本 この人が役に立つ人になると目に見えるまで時間がかかる。多分助産師さんなどだとかなり目に見えてわかるのかもしれないですね。あの人はお産が上手だとか。

大石 助産婦の場合は地域への入り方は少し違うかもしれません。開業助産婦は一匹オオカミと言いますか、助産婦免許を取得したら日本国内どこで開業してもいいわけです。しかし、ほとんどの人が地元に戻って開業しています。学校は地元とは違うところを出ているのですけれども、卒業したら自分の出身地に帰ります。しかし、帰郷してすぐ開業するのではなくて、まず、地元の助産院とか産院で2年間ほど働いています。この期間は助産婦が地域のことを十分に知る、地域についての情報を得る、地域の人たちに自分の存在を知ってもらうための大切な期間になっていたようです。もちろん、地域のことはそこで生まれ育ったわけですからよく知っているのですけれども、今度は助産婦という立場で地域と関わっています。またこの期間に助産婦は先輩や医師に教わりながら自らの助産技術をレベルアップさせ、母子保健関係者との間にネットワークも築いています。その後、開業するわけですから、地域に入りやすかった、地域に入るのが難しかったという方はほとんどいなかった。

中村 そういうものをまとめてみるとというと、地域を知る、その情報を得るというだけではなくて、自分の存在を認知してもらい、そしてその地域の人々から信頼を得て、そういう今で言うと役に立つ人という位置づけになったときに今度本当の情報が入ってくると、ここまでのプロセスに随分みんな時間をかけていた。この時間軸がすごく大事で、今国際協力の部分ではラピッドアセスメントとか言って、何かずっと思ってずっと思って情報を取って、その情報でいろいろな判断をしようとしているけれども、かなり実は昔はここに時間をかけていたような気がするのですけれどもね。

佐藤 特に生改さんの場合は自分が医療や農業などの技術を直接持っていないので、ネットワークを使わなければいけないのです。例えば役場には、保健課があり、経済課がありますよね。そういうところの課長さんににらまれたらもう活動できない状況ですよ。そ



こにあいさつをして、自分が何か見つけた活動、例えば台所改善でもいいし、栄養でもいいし、エイズでもいいのだけれども、自分だけでは処理できないときはそこにつなぐ、そのときにちゃんと引き取ってもらえるというそういうネットワークをつくるのにはやはり1年かかるということだったのです。

坂本 保健師の活動も初期の時点では、助産をやったりとか医療、簡単な医療手当という仕事が多かったのですが、でもその保健師たちがずっとそういう仕事自分たちの仕事だということは認識していなかったの、そういう意味ではすごく生活改善普及員さんの仕事に似ているかなと思うのですね。何年かたって、自分で何か治療をするとか助産をするという仕事ではなくなっていくわけなので、その中で必要なのはやはりネットワークであり、自分が足で稼いだ情報だと思うのです。だから、このアウトリーチの活動の何年間がないと次の活動に結びついていかなかったらと思うのです。

佐藤 その情報を後任者に伝えるというところがまた非常に難しいところだと思うのですね。特に国際協力の場合はそこで情報がと切れてしまうのだけれども、日本では徹底的に台帳をつくっていますよね。生改さんもそうなのですから、指導記録という台帳があって、このグループにはこういうことをやりました。いつ行って何をしましたということは必ず記録されていて、後任の人が来たら1回は引き合わせるために、連れて回るけれども、あとは台帳を見れば次の人がこのグループは過去どういう活動をしてきたのかわかるようになっていた。それを文書主義というべきなのかわからないのですけれども、それもすごく大きな特技になっているのではないかなと思います。

中村 そうですね。その辺結核などもものすごい台帳で。

石川 患者のカードなどにはたくさん書いて、あれ書くのはすごい時間もかかると思うのだけれども、今途上国のほとんどは余り書かないのですよね。第一、カルテもお医者さんのところにもないし、それからそういう記録は余り書かない。やはりそういう記録をすることが、必要以上に書いていることもいっぱいあるという部分もなきにしもあらずなのだけれども、それからまた十分に利用されているかどうかは課題なのですけれども、しかしこれをきちんと記録することがすごくいろいろな意味で基盤になっているのでしょね。仕事もつながっていくし、ほかの人にも伝えられるということですね。それはいいと思いますね。

佐藤 効率的な書式がトップダウンで与えられたのではないと思います。多分県によって台帳の書式が全部違うのでしょう。それは最初はみんなが勝手に始めたと思うのです。でも、月に1回給料もらいにいくときに保健所や普及所に集まりますよね。そのときにお互い同じ職種同士の人たちが意見交換をして、こういう記録をつければいいのだとかこうやって情報を取るのだというテクニックを共有する。その結果使いやすい書式ができあがってくる。

石川 沖縄の人のお話など聞いていても、離島に1人でのいる保健婦さん、看護師さん、公衆衛生看護師さんがみんな1か月に一遍とかあるいは2週間に一遍とか集まるでしょう。

そのときがものすごく楽しみなのですね。それはいろいろな意味でリフレッシュされるときで、自分自身のこともしゃべれるし、ほかの人のことも言える。その場を利用して一種のワークショップみたいなことをやっているわけですね。レビューミーティングをやっていて、そこで簡単なスーパービジョン交換がある。今の途上国では、それがないまま、あるクリニックに行ったらもうそれで終わり、給料は取りに来るけれども話し合いをする機会もないということが多い。そういう仕事の中身まで突っ込んで、それをまた指導する人がいて、そういうお互いの経験を知らせる場があったという、これは現場主義のたこの糸を引っ張るような部分ですね。現場主義だと「飛んでいってしまうぞ」でそのまま終わりになってしまうのだけれども、それはやはりどこかで糸を引っ張っていく部分があるということがあるのではないですか。結構そのことが生かされていっている。だから、みんなが勝手にはやっているようだけれども、そうではない。

坂本 今思えば、その束縛の程度がとても自由にもなったのかもと。得たい情報はそういうミーティングで得て、なおかつ日常の生活は余り管理されていないとか。村の保健師さんの話を聞くと、「遠いからね、保健所の人もここまで来ないのよ」などという話をしている。「自由にやれたよ」と、「邪魔されずに」という話が出たりするのですけれどもね。

大石 自己裁量権のことでちょっと。開業助産婦の場合は、妊娠中に妊婦さんと契約して、契約が成立したら産後1週間ぐらいまで関わります。妊娠中の管理についてはこうしなさいという詳しいマニュアルはなく、助産婦も忙しいですから、健康な妊婦には妊娠中に1回しか診察をしないこともあるし、何か問題のある妊婦は1週間に2回も3回も診察する。お産後も同様に、お手伝いの人が出て母子ともに健康だったら、普通は新生児の沐浴を1週間ぐらいするのですけれども、あとはおばあちゃんに手伝ってもらいなさいとか言って家族に任せてしまう。しかし、手伝い人がだれもいないところには1か月くらい家庭訪問を続けたりとか、自分が必要と思う人には必要なだけという仕事をしていて、それがだれから批判されるわけでもないし、母と子が元気になっていくというだけですごく喜びがあったというふうに言っていて、そういう面では非常によかったのではないかなと。

佐藤 助産婦さんの活動というのはだれかモニターしているのですか？

大石 先ほどの村の保健婦さんの「自由にやれたよ」「邪魔されずに」という話と同じで、自由にやっているわけですがすけれども、助産婦会という職能団体があって、開業助産婦として働く全員がこの団体に入っています。石川先生も言われたのですけれども、助産婦会でも年に2回ぐらい集まって事例報告みたいな研修をやるわけですが、この研修会の場で、非常に困ったとか、こういう事例があったということを発表して、先輩の方がアドバイスをしたり、時には医師が来て、「ああ、そんな時はこういうふうにとよい」とか具体的な指導が行われていました。この研修会は人気が高く、どういことをしてもできるだけ参加というような姿勢が見られました。また、特に長崎県は離島が散らばっていますので、離島は長崎市からも日本の中央からも離れていますから、離島では助産婦会の代表者1名が長崎市での研修会に参加し、その後離島で伝達講習会が行われていました。

中村 だれかが東京に行って、そのあと戻ってきたら・・・

大石 まず、長崎県の助産婦会の代表者1~2名が東京に研修に行き、長崎市に戻ってきて伝達講習をします。この伝達講習会には、離島を含めたそれぞれの地域からの代表者が1~2名が参加します。伝達講習を受けたあと代表者は地元に戻り、今度は地元の開業助産婦を対象に再び伝達講習会が行われています。開業助産婦は自由裁量権を持ち各自が自由に活動できるという反面、責任感も非常に強く、みなさん、研修会には熱心に参加していました。

佐藤 その講習とか研修とかというものの持っている意味が、途上国で我々がやるワークショップとか研修とかとどこかが違うような気がするのです。1つは、職能団体としての機能です。日本の高度成長期の経済政策としてよく言われる業界団体というものがありますが、つまり、同業者が自分たちのネットワークをつくって自分たちのスキルを高めるとか、圧力団体になることもある。研修がそういうネットワークの結節点となっている部分があるのではないかなという気はするのですよね。生改さんでも保健師さんでもお互い助け合うということですよ。

石川 自発的にね、自分がお金を出してね。そのお金を出してくれなければ研修をしないという文化が途上国で、それにはもっといろいろ貧しいとか背景があるのだけれども、「自分で金だしてそういうものは行くのだよ」ということがわからないですね。でも、本当は金出しても買いたいものは買っているわけだから、だから、そういう刺激さえすればやれるのだと思うのです。

佐藤 そうですね。研修とか伝達講習もそうなのですけれども、これ生改さんたちの言葉では復伝とか復講というのですよね。

中村？ フクというのはどういう字で？

佐藤 復習の復ですよ。つまり、生活改善グループの代表者が普及所に講習を受けに行きます。調理講習でも生活講習でも。そうすると、その人は帰ってきたら自分のグループの人に復伝、復講をやる。それは義務なのです。そのかわり、他の生活改善グループの人たちはみんなでお金を出し合ってバス代を出してあげればいい。時には1日の農作業を休むからそのうめあわせ金までも出して、そのかわり行ってもらうわけですよ。そのかわり帰ってきたら復伝をする。そういう倫理感があったのですよね。リーダーが得た知識は、自分だけで独占してはいけないということがあって、それが余りきつくてリーダーになりたくないということもあるのだけれども、そういう共有の倫理があったということも非常に大きいと思います。

中村 それができる基盤には何か相互扶助みたいな、1人が行くのではなくて、みんなの代表で行くのがみんなに返すのですよ、みたいなものが暗黙の了解としてあったと思うのですよね。もう1つは、そういうとき講習もなるべく負担にならないように設定されていた。たとえば、長崎の離島だったら、日帰りできる、朝一番の船で出て最終の船で帰れる時間に設定するとか。それが途上国などで現在行われているドナー機関が主催するワ

ークショップになると、たとえば10日間は必要だといって、ものすごく長くなって、お金もかかるし、自分たちでできる範囲の長さを超えている気もするのですけれども。

大石 それと、講習の内容も、自分たちの学びたいこととフィットしていたのでしょうか。だから、講習を受けないと自分を磨けないではないかと。

石川 僕も絶対に思うのだけれども、やはり地域の意外と厳しい目も意識していたのではないかと思って、やはりそれなりの自分自身を上げないと自分もそこではやっていけないというか、見えない競争とか見えないスーパービジョンね。技術的なスーパービジョンはないのだけれども、やはり、いい仕事をしたいという背景の中にコミュニティの持っている、コミュニティは温かく迎え入れているけれどもどこかでちゃんと見ているという、そのところはあるのではないですか。

大石 それはあると思います。ですから、あの人はいいお産をさせるといった評判がたつとその開業助産婦に妊婦が集中するような。だから負けたくないではないですけども、そういうものも関係していると思います。離島などの狭いところでは噂はすぐに広がってしまう。開業助産婦は地域の目を十分に意識していたと思います。

中村 長崎の離島で88歳の助産師のところに行ったら、昔は講習会には朝一番の船で出て、帰りの船はもう夜になるから、島に着いたときに栈橋から落ちそうになってしまった経験を語ってくれた。でもそのくらいの苦勞をしながら、やはり勉強しに行く。そのときのノートがまだとっているのですよね。もう50年ぐらい前のノートが。そういう熱心さというものはどこから来るのだらうと思いましたが、確かにコミュニティからの評価軸というものが大きいかと。

石川 そのプレッシャーといっても、見えないプレッシャーがきつとあったと思う。だから、住民参加（community participation）と僕らは言うのだけれども、ある程度そういうものが見えないところで自分たちに何か要求して、それでコントロールしている力というものが僕はあるのではないかなと。

佐藤 だから、やはり行政の上のほうも、普及員や保健師を放し飼いにしても、彼らの活動はコミュニティが評価するということが多分信頼できたと思うのですね。だから、上からきちっとモニターしなくても、コミュニティが結局最初は判断するのだから、そこに任せているという意味でより個々のワーカーの活動の自由度が高まっていくということなのではないかと思うのですね。

石川 それが大きいと思うのですよね。というのは、これは個々の人の教育レベルとそれから収入とかにも関係あるのだけれども、スーパービジョンがあって、マニュアル化されていって、スーパービジョンマニュアルがあって、それでとことんまでやらないとできないということは限界があると思うのです。個々の人が自分でセルフコントロールしてやらないとこのコミュニティの仕事というものはできない。そのところをかなり日本はうまく自由にやらせながら、そこがある程度の最低の基準を満たすというそのバランスがあった。僕はそこは大事だと思うのですよね。